

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 183

Le Phlegmon de la loge Thyro-Hyo-Epiglottique

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 15 MARS 1944

PAR

FERNAND DUPUY

Né à ALICANTE, Espagne le 12 Octobre 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. TERRACOL, Professeur, *Président*
LAPEYRE, Professeur
GUIBAL, Agrégé
ROUX, Agrégé

Assesseurs

N I M E S

IMPRIMERIE CHASTANIER FRERES ET ALMERAS ●, ✱

12, RUE PRADIER

1944

LE PHLEGMON DE LA LOGE
THYRO-HYO-ÉPIGLOTTIQUE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 183

Le Phlegmon de la loge Thyro-Hyo-Epiglottique

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 15 MARS 1944

PAR

FERNAND DUPUY

Né à ALICANTE Espagne, le 12 Octobre 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

MM. TERRACOL, Professeur, *Président*
LAPEYRE, Professeur
GUIBAL, Agrégé
ROUX, Agrégé

Assesseurs

NIMES

IMPRIMERIE CHASTANIER FRÈRES ET ALMERAS

12, RUE PRADIER

1944

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Chaires :	
Anatomie	MM. J. DELMAS,
Histologie	TURCHINI,
Physiologie	HEDON,
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL,
Physique médicale	PECH,
Anatomie pathologique et médéc. expériment.	BAUMEL,
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	PAQES,
Thérapeutique et matière médicale	JANBON,
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH,
Hygiène	CARRIEU,
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL,
Pathologie médic. et clin. propédeutique	BOULET,
Clinique médicale	L. RIMBAUD,
Clinique chirurgicale	GIRAUD, doyen
Clinique obstétricale	MASSABUAU, associé
Clinique des maladies ment. et nerveuses	LAPEYRE,
Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge	P. DELMAS,
Clinique de dermato-syphiligraphie	EUZIERE, doyen hon.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	BOUDET,
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT,
Clinique gynécologique	ETIENNE,
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU,
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	N...
Charges de cours :	DEJEAN,
Anatomie	TERRACOL,
Histologie	LAUX,
Radiologie	GRANEL,
Propédeutique chirurgicale	LAMARQUE,
	AIMES,

Professeurs honoraires

BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC,
VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

Chargés d'enseignements complémentaires

	MM.		MM.
Chimie.....	MONNIER, agrégé.	Clinique de la tuber-	
Microbiologie.....	CARRERE, agrégé	culose.....	VIDAL, professeur.
Histoire nat. médic.	HARANT, agrégé.	Pathologie chir.....	MOURGUE-
Pharmacologie.....	HARANT, agrégé.		MOLINES, agr.
Pathologie médicale	BOUCOMONT, agr.	— —.....	TRUC, agrégé.
— —.....	BERT, agrégé.	Chirurgie experim.	GUIBAL, agrégé.
Propédeutique méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opérat.....	ROUX, agrégé.
Clinique interne	PUECH, professeur	Accouchements.....	CADERAS
Clinique des malad.			KERLEAU, agr.
contagieuses.....	JANBON, professeur.	Stomatologie.....	HOUPERT D ^r en méd

Agrégés en exercice

	MM.		MM.
Médecine.....	P. RIMBAUD.	Chirurgie.....	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, chargé d'agr.	—	ROUX.
Chimie.....	MONNIER.	Urologie.....	TRUC.
Bactériologie.....	CARRERE.	Accouchements.....	CADERAS
Histoire nat. médic.	HARANT.		DE KERLEAU.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

« *Meis et Amicis* »

A MON PRESIDENT DE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Terracol.

A MON JURY DE THESE

LES PHLEGMONS DE LA LOGE THYRO-HYO-ÉPIGLOTTIQUE

Les phlegmons de la loge hyo-thyro-épiglottique ne sont pas très fréquents, leur diagnostic facile, pour qui en connaît l'existence, peut prêter à confusion avec les suppurations linguales, épiglottiques ou du plancher de la bouche. Leur traitement est excessivement simple si le diagnostic est fait.

CHAPITRE I

Voici d'abord l'histoire clinique du malade qui a été le point de départ de nos recherches et qui a servi de base à notre thèse inaugurale.

OBSERVATION

Le 24 Décembre 1934, nous nous trouvons en présence d'un jeune homme de 22 ans qui présente une incision de 5 ou 6 cm dans la région sus-hyoïdienne. « J'ai une grosseur dans le cou, nous dit-il, un médecin me l'a incisée il y a deux jours, mais il n'en est rien sorti ». En effet, l'incision a été faite superficiellement en tissu sain, et l'examen de son cou permet de mettre en évidence une tuméfaction qui siège dans la région médiane sous-hyoïdienne. Il existe un léger empatement de la région, la peau est saine, non

tendue, la pression est très douloureuse et les mouvements d'ascension et de descente du larynx le sont aussi, chaque fois que le sujet parle ou déglutit, il n'existe pas d'adénopathie sous-maxillaire ou jugulaire cliniquement décelable.

L'examen laryngoscopique met en évidence une tuméfaction diffuse au niveau des fossettes glosso-épiglottiques.

Des pansements humides et 3cm³ de propidon ont permis à la suppuration de se localiser et de « murir ». Aussi, dès le lendemain, une incision verticale et médiane de 4 cm de longueur et de 4 cm de profondeur, pratiquée entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, permettait de donner issue à un verre à Bordeaux de pus ; un drain fut laissé en place deux jours et la cicatrisation complète ne tarda pas à s'achever dans les huit jours qui suivirent.

CHAPITRE II

ANATOMIE

Ces notions anatomiques sont absolument indispensables pour comprendre l'étiologie, l'aspect clinique et le traitement chirurgical des phlegmons de la loge hyo-thyro-épiglottique.

Ecrite par *Poirier* et *Picque*, puis par *Saint-Martin*, l'anatomie descriptive et topographique de la loge a été magistralement décrite par *Sebileau* et *Truffert* et reprise par *Truffert* et *Viela* dans leur rapport au Congrès de la Société Française d'O. R. L. en 1934. Nous emprunterons à ce rapport, la description anatomique de la loge hyo-thyro-épiglottique.

1) FORME.

« Vue sur une coupe sagittale et paramédiane, la loge hyo-thyro-épiglottique affecte la forme d'un triangle à sommet inférieur ; la base supérieure est oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Elle correspond à la membrane hyo-épiglottique.

« La membrane hyo-épiglottique constitue le toit de la loge, dont le contenu n'a aucune connexion avec la base de la langue ainsi que l'avaient écrit BROUSSES et BRAULT et, plus tard, SAINT-MARTIN. »

« Si l'on représente la projection de la loge sur un plan vertical, elle affecte la forme d'un triangle à sommet inférieur fortement tronqué, ceci par suite de l'insertion de l'épiglotte sur le cartilage thyroïde ».

« Enfin, sur une coupe horizontale, la loge hyo-thyro-épiglottique affecte la forme d'un croissant concave en arrière, ce dernier venant s'appliquer sur la face antérieure de l'épiglotte dont il épouse le relief ; les extrémités latérales de ce croissant sont susceptibles de déborder plus ou moins les bords latéraux de l'épiglotte, suivant que la loge est intacte ou qu'elle est distendue par du pus ou par une injection anatomique. »

2) CAPACITE.

Il est difficile de donner des chiffres exacts, surtout si l'on a en vue les dimensions normales de la loge, remplie mais non surdistendue, en moyenne, chez l'adulte, la capacité varie de 4 à 6 cc.

3) LIMITES.

A) *Paroi antérieure.*

La membrane thyro-hyoïdienne. — La paroi antérieure de la loge est constituée par la membrane thyro-hyoïdienne ; c'est une formation membraneuse interposée entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et l'os hyoïde. Par suite de la présence de l'échancrure thyroïdienne médiane, sa portion médiane est plus haute que les portions latérales.

La membrane thyro-hyoïdienne n'est pas d'aspect et de densité homogènes et, avec les auteurs classiques, nous devons individualiser trois segments bien distincts :

- 1) La partie médiane : ligament thyro-hyoïdien médian ;

- 2) Les deux parties marginales : ligaments thyro-hyoïdiens
- 3) Un segment intermédiaire : la membrane thyro-hyoïdienne latérale, interposée entre ces formations et ce que nous pouvons décrire sous le nom de partie flaccide.

a) *Le ligament thyro-hyoïdien médian* est la partie noble de cette paroi antérieure. POIRIER et PICQUE y ont longuement insisté. Il s'insère, en haut, au niveau du bord postéro-supérieur de l'os hyoïde. Entre le plan membraneux et la face postérieure, concave, de l'arc hyoïdien, se trouve une logette remplie normalement par du tissu graisseux congloméré, ce qui explique les bourses muqueuses qui y ont été décrites. On doit interpréter, croyons-nous, ce tissu adipeux comme une zone de glissement.

Le plus souvent, le ligament thyro-hyoïdien médian est constitué par un triple faisceau de fibres : un plan fibreux postérieur, assez mince ; deux plans fibreux antérieurs qui lui sont intimement unis. Quelle que soit sa structure, le ligament thyro-hyoïdien, médian, formé de plusieurs digitations est toujours très robuste. Le faisceau moyen est susceptible de s'ossifier (« os copulaire »).

Il semble, et CLERMONT a bien insisté sur ce fait, qu'il y a lieu de distinguer deux bourses muqueuses, véritables zones de glissement mises en évidence d'une façon constante par la dissection et les injections artificielles. L'une, thyro-hyoïdienne, située en avant du ligament thyro-hyoïdien médian et limitée latéralement par les muscles thyro-hyoïdien ; l'autre rétro-hyoïdienne, constituée surtout par un petit paquet adipeux situé entre les insertions supérieures du ligament thyro-hyoïdien et la face postérieure de l'hyoïde. Il se peut

que ces bourses muqueuses soient susceptibles de devenir le siège de suppurations autonomes.

TUFFERT et VIELA estiment devoir supprimer de la terminologie anatomique la bourse de Boyer, et ceci, d'autant plus, que cet auteur ne semble pas l'avoir décrite d'une façon spéciale.

b) *Les ligaments thyro-hyoïdiens latéraux* sont tendus entre l'extrémité postérieure de l'arc hyoïdien et la grande corne du cartilage thyroïde.

Ces ligaments sont susceptibles de s'encroûter de cartilage, voire même d'os, cartilage tritricé. Même, dans un cas signalé par DEBIERRE, ils étaient constitués par deux colonnettes osseuses arrivant au contact.

c) *Portion flaccide la membrane thyroïdienne*, elle mérite bien cette dénomination. Elle est en effet peu résistante, facilement dépressible, d'aspect rougeâtre ; elle contraste autant par son peu de résistance que par sa couleur, avec le ligament thyro-hyoïdien médian, qui, lui, est solide et d'aspect blanc nacré. L'intérêt de son étude réside dans le fait du passage au travers de ses fibres du nerf laryagé supérieur qui la pénètre par un orifice assez large, limité en avant par un repli falciforme, le siège de cet orifice est très variable (VIELA).

Notons que la face postérieure de la membrane thyro-hyoïdienne dans sa portion flaccide est renforcée par sa coalescence, avec la muqueuse qui tapisse les gouttières pharyngo-laryngées.

Cette description de la membrane thyro-hyoïdienne permet de conclure que l'élément le plus important est constitué par le ligament thyro-hyoïdien médian.

a) *Le Toit.* Membrane hyo-épiglottique.

Une formation fibreuse solide marque, en haut, sur la paroi antérieure, la séparation entre l'oro et le laryngo-pharynx : c'est la membrane hyo-épiglottique.

C'est un toit solide et l'on ne saurait prendre cette formation membraneuse pour un de ces feuillets aponévrotiques, résultat le plus souvent d'artifices de dissection plutôt qu'expression de la réalité.

Pour étudier cette membrane, on l'aborde par sa face supérieure. Après avoir sectionné la muqueuse linguale en arrière du V lingual au moyen d'une incision transversale allant d'un bord à l'autre de la langue, on décolle en arrière, la muqueuse de la région glosso-épiglottique jusqu'à la face antérieure de l'épiglotte, très près de son bord supérieur. On tombe sur un plan celluleux dense. On enlève des pelotons adipeux sous-muqueux et on sectionne trois replis, qui à la façon de tendinets unissent la portion libre de l'épiglotte à la base de la langue. Ce sont les replis glosso-épiglottiques médians et latéraux, ces derniers n'étant le plus souvent, qu'imparfaitement caractérisés.

Après dissection de l'atmosphère celluleuse sous-muqueuse apparaît un plan nacré, brillant, qui n'est autre que la membrane hyo-épiglottique.

La description que POIRIER et PICQUE ont donné de la membrane hyo-épiglottique est suffisamment précise et exacte pour que nous puissions nous permettre de la rapporter ici en la suivant de très près.

Elle est transversalement étendue « comme la peau d'un tambourin » de l'arc hyoïdien d'une part, à la portion libre de l'épiglotte d'autre part, et continuée transversalement par l'insertion des replis pharyngo-épiglottiques. Elle n'est jamais perforée. C'est donc elle qui constitue le plafond de notre loge hyo-thyro-épiglottique.

Son insertion hyoïdienne se fait sur le bord postéro-supérieur de l'hyoïdeon elle est en contact avec l'insertion supérieure de la membrane thyro-hyoïdienne. Comme le précise SAINT-MARTIN, les deux formations sont quelquefois adhérentes, mais dans ce cas, on arrive toujours à les dissocier assez facilement.

L'ensemble de l'insertion hyoïdienne dessine une courbe à concavité postérieure très régulière.

1) Les insertions hyoïdiennes latérales sont moins denses que les insertions médianes ; autrement dit, sur une coupe sagittale franchement paramédiane, la partie juxta-hyoïdienne de la membrane hyo-épiglottique est moins dense, moins fournie que sur une coupe sagittale médiane. C'est peut-être là que se trouve l'explication de la possibilité d'une communication entre la loge hyo-thyro-épiglottique et la région sous-maxillaire profonde.

2) La face inférieure de la membrane hyo-épiglottique fournirait d'après BRUSSES et BRAULT, l'insertion d'une cloison fibreuse médiane divisant en deux segments bien distincts la loge hyo-thyro-épiglottique. Certes l'amorce de cette cloison existe dans tous les cas, mais il semble que ce feuillet fibreux soit assez peu caractérisé, inconstant.

c) *Le sommet* de la loge hyo-thyro-épiglottique. Il est essentiellement représenté par l'insertion de l'épiglotte sur la fossette thyroïdienne médiane. Cette insertion se fait par l'intermédiaire de trousseaux fibreux très denses, difficiles à disséquer. Toutefois, il semble que l'insertion n'est pas franche, nettement délimitée. Au-dessus de l'insertion proprement dite, on trouve des tractus cellulux qui unissent épiglotte et thyroïde ; ils sont lâches, laissant entre eux zones vasculaires.

C'est à leur niveau qu'une injection « poussée » force

la loge en un point inférieur et latéral et la met en communication avec la ou les bandes ventriculaires.

Le trajet suivi par le liquide injecté est tel qu'il passe au-dessus du ligament thyro-épiglottique proprement dit ; lorsque l'injection est bien médiane, elle enjambe ce dernier en fer à cheval.

d) *Paroi postérieure* de la loge hyo-thyro-épiglottique.

C'est une paroi résistante constituée par un seul élément : le cartilage épiglottique.

Quant on dissèque la loge hyo-thyro-épiglottique et que l'on a mis en évidence son contenu au moyen d'une incision transversale de la membrane thyro-hyoïdienne, on peut enlever délicatement les pelotons adipeux conglobés décrits plus haut ; la paroi postérieure de la loge apparaît alors, l'inspection et l'exploration à la sonde cannelée suffisent à la caractériser. Cette toile de fond de notre loge est constituée par un obstacle résistant, mobile dans son ensemble, de couleur jaunâtre. La mobilité de cette paroi postérieure est un de ses caractères les plus importants, surtout si nous envisageons le point de vue opératoire.

La paroi postérieure de la loge hyo-thyro-épiglottique vue sur une coupe horizontale est convexe en avant. Cette particularité imprime à l'ensemble de la loge une forme de croissant régulièrement concave en arrière. Les deux cornes latérales de ce croissant débordant légèrement les bords de l'épiglotte pour répondre à la coalescence de la muqueuse recouvrant la gouttière pharyngo-épiglottique avec la portion latérale de la membrane thyro-hyoïdienne.

En résumé, la paroi postérieure de la loge hyo-thyro-épiglottique, est, dans son ensemble, assez fortement oblique de haut en bas et d'arrière en avant et cette obliquité est constamment plus marquée que celle de la paroi antérieure.

Tout ceci a seulement été vérifié sur le cadavre. Sur le sujet vivant, tout particulièrement au moment de la déglutition, l'obliquité de la paroi postérieure de la loge hyo-thyro-épiglottique doit varier considérablement.

E) *Les bords* de la loge hyo-thyro-épiglottique. Les bords latéraux de la loge hyo-thyro-épiglottique sont obliques de haut en bas et de dehors en dedans. Ils sont séparés, à leur extrémité supérieure, par la largeur maximum de la loge considérée dans son segment immédiatement sous-jacent à la membrane hyo-épiglottique. Puis, les deux bords latéraux convergent l'un vers l'autre. Cette convergence augmente au fur et à mesure que l'on considère un point plus inférieur, ou, d'une façon plus précise, plus voisin du pédoncule épiglottique.

Les bords latéraux de la loge hyo-thyro-épiglottique sont constitués par l'accolement de la muqueuse qui revêt le fond de la gouttière pharyngo-laryngée avec la membrane thyro-hyoïdienne et la lame latérale du thyroïde.

Les injections expérimentales de la loge ont montré que ce « coin muqueux » est adhérent, par son sommet, à la face interne de la lame du thyroïde et cela d'une façon constante.

4) CONTENU DE LA LOGE HYO-THYRO-EPIGLOTTIQUE.

a) Notre loge contient du tissu graisseux congloméré qui, tout au moins sur le cadavre, ne la remplit pas complètement.

Après dissection minutieuse à la sonde cannelée, on parvient à isoler, dans leur ensemble, des paquets cellulo-graisseux. Au nombre de deux ; symétriques, ils affectent la forme d'une pyramide triangulaire, à sommet inférieur, à

base supérieure répondant à la membrane hyo-épiglottique ; ils sont accolés par leurs faces internes et leurs angles supéro-externes restent libres.

Leur consistance et leur couleur rappellent absolument la Boule de Bichat, il y a lieu de les considérer comme des organes de glissement et de conférer le même rôle à la loge qu'ils occupent ; situés entre l'os hyoïde et l'épiglotte, dans un espace dont « l'altitude » est évidemment variable avec le moment de la déglutition, leur fonction rappelle en somme celle d'un bourrelet articulaire.

b) Avec les paquets cellulo-grassey, LUSCHKA décrit une arcade veineuse pré-épiglottique qui serait incluse dans la loge. Nous ne l'avons pas rencontrée.

c) La question des lymphatiques de la loge est assez difficile à résoudre. Il est vraisemblable que la loge contient des canaux lymphatiques, mais existe-t-il des renflements ganglionnaires ? Certains le nient. Cependant, on a trouvé, à plusieurs reprises, des petits ganglions à l'émergence des veines laryngées supérieures de la membrane thyroïdienne.

Dé toutes façons, la loge, est traversée de haut en bas par des tronculs lymphatiques qui, partis de la base de la langue, plus particulièrement de la papille qui figure le sommet du V lingual, descendent dans la région jugulaire, pour s'arrêter dans les groupes ganglionnaires importants qu'elle renferme.

L'existence de ces lymphatiques peut, croyons-nous, expliquer le plus grand nombre des cas de phlegmons de la loge hyo-thyro-épiglottique, surtout si l'on se souvient du contenu grassey de celle-ci, le tissu grassey constitue on le sait, un milieu éminemment favorable à l'éclosion d'une collection purulente ».

5) DES RAPPORTS EXTRINSEQUES DE LA LOGE, retenons seulement les rapports extrinsèques supérieurs ».

« Par l'intermédiaire de la membrane hyo-épiglottique, elle répond à la partie la plus reculée de la base de la langue, ou, pour mieux préciser, à la région des fossettes glosso-épiglottiques. La loge est séparée de la muqueuse lingale ; en arrière, par la seule membrane hyo-épiglottique revêtue à sa face supérieure d'une atmosphère celluleuse assez imprécise ; en avant par les insertions du faisceau médian du lingual supérieur. Nous n'avons jamais rencontré au-dessus de la membrane hyo-épiglottique un espace cellulaire injectable susceptible, par ses dimensions et sa présence constante, d'être élevé à la dignité de « loge ».

« De toutes façons, une loge hyo-thyro-épiglottique, remplie de pus ou injectée sous forte pression sur le cadavre, voit son plafond se déprimer ; il en résulte une modification très sensible des fossettes glosso-épiglottiques dont la concavité diminue d'une façon plus ou moins symétrique suivant les cas ».

6) LES POINTS FAIBLES DE LA LOGE

« L'étude des *points faibles* de notre loge présente un double intérêt : anatomique d'abord, expérimental ensuite, puisqu'elle permet de prévoir éventuellement la direction des fusées purulentes susceptibles de compliquer une collection sous tension occupant la loge ».

TRUFFERT et VIELA ont étudié ces points faibles à l'aide d'injections à la gélatine.

« Après avoir incisé les téguments au niveau de l'espace thyro-hyoïdien, réséqué les muscles sous-hyoïdiens et mis à nu la membrane thyro-hyoïdienne, on enfonce perpendiculairement

au plan de cette dernière, une aiguille fine en communication avec une seringue de 10 cc. remplie, au préalable, d'une solution tiède de gélatine colorée. L'aiguille pénètre de 5 m/m. environ. On pousse alors lentement l'injection ».

« Après une injection ainsi menée : on extirpe en masse larynx, plancher de la bouche, paroi antérieure du laryngo-pharynx. On est alors à même de faire les constatations suivantes :

« a) la solution injectée a décollé en masse le versant interne de la gouttière pharyngo-laryngée. La gouttière pharyngo-laryngée est extrêmement rétrécie par le fait du soulèvement de la muqueuse qui tapisse son versant interne. Ce fait est absolument constant. Il s'explique du reste fort bien si l'on réfléchit que la muqueuse du sinus piriforme est fortement adhérente à la lame interne du thyroïde ».

« b) La dissection de la région sous-maxillaire profonde découvre des fusées inconstantes (11 cas sur 15) localisées en dedans de l'hyo-glosse, le long de l'artère linguale, dans la loge que VIELA a décrite sous le nom de « *loge de l'artère linguale* ». Le chemin suivi par l'injection sort de la loge au niveau d'un point de moindre résistance qui est le point faible latéral et supérieur. L'injection perfore la membrane hyo-épiglottique dans son segment justa-hyoïdien, lacunaire, effondrant les insertions hyoïdiennes du constricteur moyen ; de là, le liquide fusé tout naturellement en avant, vers un lieu de moindre résistance, l'espace cellulaire qui entoure l'artère linguale ».

c) Il nous reste à mentionner ce que TRUFFERT et VIELA désignent sous le nom de *point faible inférieur et symétrique* ». L'injection de la loge soulève, le plus souvent, d'une façon symétrique, la muqueuse qui recouvre la face interne des bandes ventriculaires. Somme toute, la loge hyo-

thyro-épiglottique, zone de glissement, espace constamment modifié dans sa forme et dans sa contenance par les mouvements physiologiques, est un espace mal clos. La loge hyo-thyro-épiglottique, fermée solidement en avant, en bas, en arrière, nous paraît assez mal délimitée sur ses bords latéraux ».

7) INTERPRETATION DE LA LOGE

« Ainsi que le fait remarquer F. BRETON, la loge hyo-thyro-épiglottique répond à une région qui « a été le siège de modifications évolutives très actives susceptibles de favoriser les inclusions endo ou ectodermiques ».

En effet, la membrane thyro-hyoïdienne - surtout sa portion noble, le ligament thyro-hyoïdien médian - peut être considérée comme une « *formation copulaire* » unissant le 2^{me} arc branchial au 4^{me}. D'autre part, le 3^{me} arc branchial est représenté dans la zone qui nous intéresse par la grande corne de l'os hyoïde, la grande corne thyroïdienne, le ligament thyro-hyoïdien latéral.

Il est facile de concevoir, par la présence de ces éléments dissemblables, combien complexe sera la constitution de la région hyo-thyro-épiglottique du nouveau-né. Logiquement, une série de conséquences doit en résulter, au premier rang desquelles est l'occlusion imparfaite de la loge hyo-thyro-épiglottique due à une coalescence incomplète de ses parois, parois empruntées à des éléments embryologiques différents.

La loge hyo-thyro-épiglottique, déjà complexe par son origine et la formation de ses parois, est également contiguë à des régions qui sont le siège de mouvements physiologiques incessants assez difficiles à définir d'une façon assez précise. Nous n'avons pas ici l'intention d'étudier la physiologie de l'oropharynx et du laryngo-pharynx, encore moins des mou-

vements de l'épiglotte. Cependant, notre loge étant limitée par des éléments anatomiques constamment déplacés au cours des mouvements de déglutition (épiglotte, cartilage thyroïde, base de la langue, os hyoïde), nous paraît se comporter comme une véritable zone de glissement, elle est destinée à atténuer les petits traumatismes physiologiques résultant forcément des déplacements réciproques du larynx et de la base de la langue ».

8) VAISSEAUX ET NERFS

« Dans les parois du laryngo-pharynx cheminent des vaisseau et des nerfs ».

« Les éléments vasculo-nerveux sont représentés essentiellement par le pédicule laryngé supérieur ».

« Le pédicule laryngé supérieur, après avoir traversé la paroi antérieure de la loge hyo-thyro-épiglottique (membrane thyro-hyoïdienne), la parcourt de dehors en dedans et légèrement de haut en bas, soulevant même sa paroi postérieure musculomuqueuse en un repli qui fait saillie dans la gouttière pharyngo-laryngée : le pli du nerf laryngé supérieur. Avec le pédicule chemine une chaîne lymphatique qui peut, au point où elle traverse la loge, présenter un relais ganglionnaire ».

« Après avoir croisé la grande corne hyoïdienne, le pédicule laryngé supérieur traverse l'hiatus qui sépare l'hyo-pharyngien du thyro-pharyngien ».

« Il repose à ce niveau sur les faisceaux des muscles éleveurs, puis croise, le bord postérieur de la membrane thyro-hyoïdienne, dont il suit la face externe dans un court trajet, pour venir se terminer dans une fossette cribiforme que lui constitue cette membrane avec l'encoche postérieure du bord

postérieur de l'aie thyroïdienne ».

Ces rapports intrinsèques nous donnent la distribution vasculaire et nerveuse, motrice et sensitive de la région : les éléments vaso-moteurs viennent du ganglion cervical sympathique supérieur par ses anastomoses avec le laryngé supérieur, le vague et le plexus pharyngien ».

« Quant au système lymphatique, il suit le système veineux ; les collecteurs terminaux en sont les ganglions jugulaires ».

« Sur leur trajet existent des relais ganglionnaires, dont les plus constants sont situés au niveau de la membrane thyro-hyoidienne ».

CHAPITRE III

CLINIQUE

Le tableau clinique des phlegmons hyo-thyro-épiglottiques a été magistralement décrit par TRUFFERT et VIELA dans leur rapport.

Ils distinguent essentiellement deux types de phlegmons de la loge hyo-thyro-épiglottique.

- 1) La forme circonscrite ;
- 2) La forme diffuse.

Nous empruntons aux auteurs précédents la description de ces deux types cliniques, car rien n'est à modifier au magistral tableau qu'ils ont peint.

FORME PURULENTE CIRCONSCRITE

a) Aspect Général

DEBUT.

« Dans la plupart des cas, le début est progressif et les premiers symptômes qui attirent l'attention semblent succéder à une angine catarrhale, à une amygdalite linguale, à des poussées d'amygdalite cryptique.

D'une façon très schématique, nous admettons que l'in-

fection débute au niveau du segment inférieur de l'anneau de Waldeyer, en donnant à ce terme anatomique son sens le plus général. Ceci est un fait très logique, si l'on se souvient des connexions lymphatiques qui unissent notre loge à la base de la langue.

Nous exceptons de ces considérations les cas de phlegmon traumatique de la loge, éventualité que nous n'avons pas en vue ici. Les lésions de la loge, sont dans la plupart des cas, le résultat de traumatisme de guerre, ou, plus souvent encore, de tentatives de suicide. Il faut admettre que de pareils cas ne peuvent pas entrer dans le cadre d'une description systématisée ».

EVOLUTION.

« L'affection, secondaire à des lésions bucco-pharyngées, apparaît dès son début, comme un épisode surajouté. Elle se manifeste par l'exacerbation des phénomènes subjectifs et, cela avant que l'extériorisation thyro-hyoïdienne appelle l'attention du médecin et du malade.

Au déclin d'une angine catarrhale, un malade adolescent ou adulte, accuse une dyaphagie progressive, accompagnée d'une sensation de corps étranger au niveau de la base de la langue. Cette dyaphagie augmente petit à petit, au point de devenir intolérable en 3 ou 4 jours. La parole est embarrassée, revêt le type « amygdalien » et, dans sa perturbation, les troubles d'articulation dominent les modifications du timbre. Des accès de dyspnée intermittente, parfois angoissants, motivent une consultation du laryngologiste.

Celui-ci, environ 5 ou 6 jours après le début des symptômes, note les faits suivants : il y a de la difficulté dans les mouvements de protraction de la langue, une légère voussure de la région glosso-épiglottique (la muqueuse et

L'amygdale linguale sont simplement congestionnées, non épaissies), parfois un œdème bilatéral des bandes ventriculaires. Extérieurement, la région thyro-hyoïdienne est déjà douloureuse, empâtée, on ne trouve pas d'adénopathie sous-maxillaire ou carotidienne, ou, si elles existent, leur évolution est très discrète.

Rapidement, en 24 ou 48 heures, la gêne à la déglutition, la dyspnée augmentent au point de devenir inquiétantes.

L'empâtement thyro-hyoïdien camoufle l'aspect anatomique de cette région et, parfois, déborde latéralement dans la partie postérieure des régions sous-maxillaires.

Dans la majorité des cas, l'évacuation chirurgicale de la collection soulage les souffrances du malade. Ou bien celle-ci se fistulise spontanément, soit dans la région glosso-épiglottique, soit dans la région préaryngée. On peut admettre, — nous n'en avons pas trouvé la relation, — la possibilité de complications graves, telles que : thrombophlébite des gros vaisseaux du cou, mort par œdème du larynx, septico-pyohémie ».

b) Les Symptômes

LA DOULEUR.

« Comme toutes les douleurs résultant de l'inflammation de la base de la langue, celle-ci est profonde, « basse », s'accompagnant d'une sensation de tension, de corps étranger.

Lorsque l'angine catarrhale précède le phlegmon, la douleur se modifie peu à peu : de diffuse, elle devient à localisation précise, basique. Elle gagne vite ensuite la région thyro-hyoïdienne. De telle sorte que ce n'est pas seulement une douleur endopharyngée, mais aussi une douleur cervicale haute, préaryngée. C'est du reste, cette localisation pré-

laryngée de la douleur qui est précieuse pour établir le diagnostic topographique de la lésion.

Ultérieurement, la sensation de tension pré-laryngée devient aussi pénible que la dysphagie.

Lorsque l'évolution du phlegmon aboutit à la fistulisation cutanée, c'est l'élément « douleur pré-laryngée » qui devient dominant, accusant, par cela même, la progression du processus inflammatoire, au travers de la paroi antérieure de la loge hyo-thyro-épiglottique ».

LA DYSPNEE.

« Rappelons que l'œdème de la face antérieure de l'épiglotte ne saurait franchir son bord libre, et, par conséquent, atteindre la face postérieure du pédoncule épiglottique.

Elle apparaît lorsque la dysphagie à caractère basique est déjà très accusée. Elle devient rapidement croissante, aggravée d'accès paroxystiques, attribuables à un spasme de la glotte. Ces accès de dyspnée constituent un des éléments qui aggravent le pronostic du phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique. Si l'on ne met pas en cause le spasme réflexe, il faut admettre l'existence de lésions œdémateuses telles qu'elles entraînent tôt ou tard l'asphyxie. Cette hypothèse découle des éléments d'anatomie normale que nous avons résumés ci-dessus ».

LES TROUBLES DE LA PAROLE.

« Ils sont essentiels et précoces :

On observe de bonne heure la voix « amygdalienne » ou « voix de crapaud ». Puis se surajoute bientôt un autre élément :

C'est la douleur, profonde, gravative, occasionnée par le

moindre effort d'élocution. Cette douleur est telle que le sujet s'abstient bientôt de parler, il traduit sa souffrance par signes ou par écrit ».

L'ASPECT ENDOSCOPIQUE.

« Au début de l'affection, on croit assister simplement à une amygdalite linguale catarrhale. Puis, le miroir laryngé nous montre l'effacement progressif des fossettes glosso-épiglottiques. DAIREAUX et CABOCHE signalent l'aspect œdémateux de la muqueuse, indice de l'inflammation sous-jacente.

Au stade d'état, on a l'impression que la région glosso-épiglottique a été injectée dans sa profondeur. La concavité normale des fossettes glosso-épiglottiques fait place à une voussure de caractère nettement inflammatoire. Celle-ci est séparée de la face antérieure de l'épiglotte par un sillon pré-épiglottique profond. La muqueuse est recouverte d'un exsudat muco-purulent très abondant. La salivation est fortement exagérée ; un filet de salive sanieuse, fétide s'écoule à peu près constamment par la bouche. Dans la suite, si l'on n'est pas intervenu par voie cervicale, on peut admettre la possibilité d'un effondrement, trépanant en quelque sorte la voûte de la loge hyo-thyro-épiglottique. L'orifice de sortie est, dans ce cas, à égale distance du V lingual et de l'épiglotte. Mais il est fortement latéralisé par rapport au repli glosso-épiglottique médian. « Il donne » d'autant plus que l'on comprime davantage la paroi antérieure, cutanée de la loge.

Lorsque la loge hyo-thyro-épiglottique est évacuée, on assiste à l'aplatissement progressif de son plafond, au retour à la concavité normale des fossettes glosso-épiglottiques et à la rétrocession de l'œdème de la muqueuse ».

EXAMEN DE LA REGION THYRO-HYOÏDIENNE.

L'examen de la région thyro-hyoïdienne donne de précieux renseignements. C'est d'abord un empâtement à peine douloureux, qui, cependant, maquille déjà l'aspect de la région, effaçant le relief des deux berges, de l'espace thyro-hyoïdien, 4 à 5 jours après le début des phénomènes phlegmoneux, l'empâtement augmente, déforme toute la région, donnant parfois l'aspect d'une adénite pré-laryngée haute. Les téguments deviennent rouges, violacés, douloureux ; l'espace thyro-hyoïdien disparaît, camouflé par une véritable carapace inflammatoire.

Si l'on n'intervient pas, l'inflammation peut, avant de se fistuliser spontanément, gagner les deux régions sous-maxillaires profondes. Le plancher de la bouche est induré à sa partie postérieure ; ses éléments endopharyngés intrinsèques cervicaux, deviennent parfois le siège d'une induration ligneuse.

Cet ensemble de symptômes cervicaux peut étonner le clinicien. Il ne prend sa valeur sémiologique véritable que si l'on constate en même temps la présence de phénomènes inflammatoires aigus de la zone glosso-épiglottique ».

PHENOMENES GENERAUX.

« Les phénomènes généraux n'ont rien de spécial. Comme dans toutes les phlegmanies graves, nous retrouvons ici de l'hyperthermie, de la tachycardie, parfois de l'albuminurie.

Ces phénomènes sont plus marqués lorsque l'inflammation évolue selon le type diffus. Fort heureusement, cette forme clinique est extrêmement rare ».

II - FORME DIFFUSE

Elle a été étudiée par BROUSSES et BRAULT, puis par DAIREAUX dans sa thèse.

« Le début est sensiblement le même que dans la forme circonscrite. Il s'agit d'un malade qui a fait une angine catarrhale ; lorsque celle-ci semble rétrocéder, une douleur à la déglutition s'installe, très intense, profonde. La déglutition devient bientôt impossible, la voix sourde, la respiration difficile. L'état général est rapidement atteint, la température élevée ; des frissons, quelquefois du délire, assombrissent le tableau clinique. En 48 heures apparaît dans la région thyro-hyoïdienne, une tuméfaction qui contraint le malade à tenir la tête renversée en arrière ; le faciès est vultueux, cyanosé ; la bouche entr'ouverte, laisse échapper une salive fétide.

A la période d'état, l'empâtement thyro-hyoïdien a encore augmenté ; ses contours sont diffus, au point qu'il semble intéresser partiellement le plancher de la bouche, au niveau de la partie postérieure des loges sous-maxillaires et sublinguales. Peu à peu l'examen objectif révèle un espect des téguments et une consistance des tissus qui rappelle de très près l'angine de Ludwig ; mais une angine de Ludwig « postérieure », si l'on peut dire.

Du trismus peut apparaître, gênant l'endoscopie. Lorsque celle-ci peut être réalisée, elle permet de constater une surélévation du plancher buccal au niveau des dernières grosses molaires, un refoulement de la langue vers le haut, un oedème considérable des fossettes glosso-épiglottiques dont le plancher est plus ou moins surélevé.

A la fin de cette période d'état, le tableau clinique est très sombre : le sujet présente les signes généraux d'un état infectieux très grave. La douleur, la dyspnée deviennent

excessives, la température oscille autour de 40°. Le gonflement des tissus devient de plus en plus dur ; la région mentonnière, les joues peuvent être intéressées.

BROUSSES et BRAULT purent sauver leur malade, mais un autre sujet, traité par LANDGRAF (in thèse de DUDEFOY) succomba rapidement à des phénomènes asphyxiques.

Cette forme grave diffuse correspond à une infection hypervirulente. Dans le cas de BROUSSES et BRAULT, le streptocoque était seul en cause, et ces auteurs ne peuvent mettre en évidence des bacilles gangréneux ; dans plusieurs observations, publiées dans la thèse de DUDEFOY, le pneumocoque put être mis en cause. La rareté des observations publiées ne nous permet pas d'écrire des conclusions bactériologiques suffisantes. Ce qu'il faut simplement retenir, c'est que la virulence de l'infection est telle qu'elle effondre rapidement les limites anatomiques de la loge hyo-thyro-épiglottique (point faible latéral et supérieur) et atteint l'état général d'une façon rapide, précoce et profonde ».

CHAPITRE IV

LE DIAGNOSTIC

L'élément important est de penser au phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique, mais bien souvent c'est un diagnostic d'exclusion, en sorte que le temps capital de l'examen est le diagnostic différentiel. On doit successivement éliminer les suppurations de la base de la langue, du plancher buccal, de la région préaryngée, et aussi certaines tumeurs de la région.

1) ABCES BASIQUES.

Ici la collection purulente se développe dans l'interstice musculaire qui sépare l'hyo-glosse du génio-glosse, interstice qu'emprente l'artère linguale pour gagner la profondeur de la masse musculaire linguale (loge de l'artère linguale de A. VIELA).

Mais ici le plancher de la bouche reste souple dans son segment antérieur et du côté opposé à la tuméfaction. Le miroir laryngoscopique montre l'intégrité des fossettes glosso-épiglottiques ; de même, l'espace thyro-hyoïdien n'est nullement modifié. De toute façon l'évolution ultérieure ne tarde pas à nous fixer. La collection se fistulise spontanément dans la bouche au niveau du sillon glosso-amygdalien ou bien les laryngologistes l'ouvrent d'un coup de trocart donné au niveau du point le plus saillant de la collection (ESCAT).

2) AMYGDALITE LINGUALE PHLEGMONEUSE.

L'amygdalite linguale phlegmoneuse, le plus souvent secondaire à une poussée d'amygdalite catarrhale, se caractérise par une évolution très rapide de l'altération précoce de l'état général. Il y a une dysphagie intense accompagnée d'une sensation d'un corps étranger à la base de la langue, des troubles vocaux où domine l'anarthrie. La langue est immobilisée dans son segment postérieur. Le toucher, pratiqué avec prudence, révèle l'existence d'une zone douloureuse très nette, en avant de l'épiglotte. Le miroir laryngoscopique montre l'aspect phlegmoneux de la zone glosso-épiglottique (ESCAT) : celle-ci est, en effet, déformée par une tuméfaction tendue, plus ou moins rouge, arrivant parfois jusqu'au bord libre de l'épiglotte. Cette dernière est souvent nettement refoulée en avant et latéralement.

Le diagnostic avec un phlegmon de la loge hyo-thyro épiglottique peut rester hésitant si ce dernier, n'intéressant guère la région thyro-hyoidienne, présente surtout des manifestations endo-laryngées. Cependant l'évolution (progression cutanée, phlegmasie, empâtement préaryngé) ne tarde pas à nous fixer sur la situation exacte de l'abcès.

3) EPIGLOTTITE.

L'épiglottite ou « *angina epiglottices anterior* » (Michel de COLOGNE) est le résultat d'une accumulation de liquide d'œdème sous la muqueuse qui tapisse la face antérieure de l'épiglotte. La malade éprouve une sensation de corps étranger au fond de la gorge et, dans les formes très accusées, peut même présenter de la dyspnée. Le miroir laryngé montre la face linguale de l'épiglotte déformée, en bourrelet, d'une couleur variant du gris rosé au rouge vif (BOURGEOIS).

L'affection peut évoluer vers la suppuration mais, le plus

souvent, heureusement, l'œdème se résorbe. Le diagnostic avec le phlegmon de la loge est facile étant donné le siège de l'inflammation et son mode évolutif. Un observateur consciencieux ne peut pas être embarrassé par l'aspect œdémateux de la face linguale de l'épiglotte.

4) TUMEUR DE LA LOGE HYO-THYRO-EPIGLOTTIQUE.

Les tumeurs de la loge hyo-thyro-épiglottique sont une rareté clinique. F. BRETON leur a consacré sa thèse inaugurale. Ce sont des formations kystiques développées le plus souvent aux dépens des bords latéraux de la loge ; elles empiètent sur les replis pharyngo-épiglottiques et ary-téno-épiglottiques, soulevant le plancher du sinus piriforme. Leur volume augmente lentement et, à un stade donné de leur évolution, elles sont perceptibles extérieurement au niveau de la partie latérale de l'espace thyro-hyoidien. Elles donnent aux malades la sensation d'un corps étranger ; à un stade avancé, la dyspnée apparaît qui peut devenir mortelle.

Le diagnostic avec le phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique est facile. La tumeur a pour elle, la lenteur de son évolution, l'envahissement très marqué des bords latéraux de la loge, l'absence de phénomènes inflammatoires caractérisés.

5) L'ANGINE DE LUDWIG.

La distinction est facile dans la forme circonscrite. Dans la forme diffuse du phlegmon hyo-thyro-épiglottique, les phénomènes inflammatoires ont nettement débuté dans la région thyro-hyoidienne et non en un point quelconque, le plus souvent antérieur et médian, du plancher buccal proprement dit.

6) ADENOPATHIE TUBERCULEUSE PRE-LARYNGEE.

Il s'agit ici d'une adénite spécifique développée aux dépens du ganglion de Poirier. Sa marche est lente. Elle s'individualise par un ensemble de signes caractéristiques : aspect particulier en clochette, devant le cou, de la poche ganglionnaire, souvent volumineuse ; adhérence au larynx dont elle suit les mouvements ; fistulisation précoce due aux microtraumatismes fréquents dans cette région.

7) KYSTES DU TRACTUS THYREO-GLOSSE.

Les kystes du tractus thyreo-glosse siègent toujours à la base de la langue, dans la région du V lingual, au-dessous du foramen cœcum. Ils ont été bien étudiés par REMY-NERIS, dans sa thèse inaugurale. Leur siège est constant par suite de leur origine ; ils proviennent en effet, du canal thyreo-glosse de Bochdaleck, tractus issu de l'ébauche thyroïdienne médiane. Ces kystes sont donc congénitaux ; dans les semaines qui précèdent la naissance, ils présentent souvent une poussée d'accroissement, tout en passant, malgré tout, inaperçus au moment de la naissance. Ils augmentent de volume, soit au cours de la première année, soit avant la puberté, soit, beaucoup plus rarement chez l'adulte. Ils peuvent alors s'enflammer et suppurer (VERCHERE et DERUCE). D'après Rémy NERIS, ils seraient plus fréquents dans le sexe féminin ; ils seraient aussi héréditaires. Si après des « poussées intermittentes d'accroissement en rapport avec la présence de glandes muqueuses », leur volume devient important, ils déterminent la même gêne de la déglutition que les autres tumeurs ou les abcès de la base de la langue.

Il n'est cependant pas impossible que l'inflammation de ces débris embryonnaires ne soit à l'origine de certains phlegmons de la loge hyo-thyro-épiglottique.

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT

Il est à la fois médical et chirurgical.

Le traitement médical comporte des gargarismes antiseptiques pour déterger le pharynx des mucosités qui l'encombrent. On pourra même, si la dysphagie est par trop pénible, pratiquer des badigeonnages à base de solution anesthésique (cocaïne au 1/20 ou butelline) ou des pulvérisations de poudre telle que le souroforse ou le cocaïne mélangée à du lactose.

Le traitement chirurgical seul curatif, consistera dans l'ouverture large de la collection et dans son drainage. Pour réaliser ce double but, deux grandes voies d'accès s'offrent à l'opérateur : la voie buccale ; la voie cutanée.

a) VOIE BUCCALE.

Elle consiste à aborder la collection en incisant ou en ponctionnant au niveau d'une fossette glosso-épiglottique. Cette intervention peut être rendue indolore par anesthésie de la muqueuse au liquide de Bonain.

Si une semblable méthode a donné parfois de bons résultats pour traiter certaines collections suppurées de la base de la langue (COSTANTIN, WORMS et DEBURGE) elle n'est pas une méthode d'application constante. Et ceci pour plu-

sieurs raisons : tout d'abord, le drainage de la collection purulente risque fort de se faire incomplètement puisque la collection est abordée par son point le plus haut. Ensuite, l'orifice opératoire sera de petites dimensions, ressemblant plutôt à un orifice de ponction qu'à une incision véritable. Enfin, n'oublions pas que l'orifice sera situé en pleine amygdale linguale, le tissu lymphoïde hypertrophié par l'inflammation risque, par sa prolifération, de convertir la brèche opératoire en fistule de dimensions minimales.

b) VOIES D'ACCES CUTANÉES.

La voie d'accès sous-hyoïdienne devrait logiquement, être seule envisagée. Et, cependant, nous verrons tout à l'heure pourquoi il y a lieu, dans certains cas d'inciser au-dessus de l'os hyoïde.

1) Voie d'accès sous-hyoïdienne.

L'anesthésie en principe, sera l'anesthésie locale par infiltration de novocaïne à 1/100. L'incision est menée transversalement sur 5 à 6 cm. de longueur ; elle rase le bord inférieur de l'os hyoïde, repère d'ailleurs assez flou lorsque l'inflammation a maquillé l'aspect extérieur de la région. Cette incision, proposée depuis longtemps par VIDAL (de Cassis) par MALGAIGNE, par POLLIN, conduit rapidement sur les muscles sous-hyoïdiens, sur la membrane thyro-hyoïdienne. Dans certains cas, la membrane thyro-hyoïdienne n'est abordée qu'après quelques tâtonnements, car l'œdème a alors envahi les tissus sous-cutanés distendant peut-être les bourses muqueuses décrites par CLERMONT à ce niveau. Si l'œdème n'a pas trop épaissi les tissus prémembraneux, le ligament thyro-hyoïdien médian est facilement repéré, en raison de son épaisseur. Il faut l'inciser résolument et l'on tombe tout de suite sur le contenu purulent de la loge, conte-

nu qui jaillit, le plus souvent, d'une façon brutale. Au cours de ces manœuvres, on utilise avec avantage la sonde cannelée, moins dangereuse que le bistouri. Pour éviter le paquet vasculaire de l'espace thyro-hyoïdien latéral, il suffit de rester, autant que possible, très près de la ligne médiane, et ceci d'autant plus qu'on se trouve plus engagé vers la profondeur.

La collection évacuée, il convient d'explorer les parois de la loge ; la sonde cannelée nous révèle une paroi postérieure ferme, mais dépressible en masse ; l'épiglotte ; il est prudent de ne pas trop explorer les parties latérales de cette face postérieure, de crainte d'effrondrer le faible adossement mucomembreux qui, nous le savons, constitue les bords latéraux de la loge.

L'intervention terminée, le drainage est assuré par un tamponnement lâche à la gaze ou bien par un gros drain de caoutchouc. Les pansements doivent être au début, renouvelés plusieurs fois par jour. Il est important de s'assurer que la cavité opératoire bourgeonne par le fond et non par les bords. En règle générale, 10 à 15 jours de pansements suffisent.

2) *Voie d'accès sus-hyoïdienne.*

Elle est utilisée quand il faut aborder une collection purulente qui a largement soulevé le toit de la loge hyo-thyro-épiglottique. L'incision transversale de mêmes dimensions que l'incision sous-hyoïdienne, permet d'atteindre les insertions juxta-hyoïdiennes des génio-hyoïdiens et des mylo-hyoïdiens. Pour évacuer la collection purulente, l'incision doit désinsérer la membrane hyo-épiglottique au ras de l'arc hyoïdien. Inutile de le souligner, cette vision des plans anatomiques n'est valable qu'en médecine opératoire. Lorsqu'il s'agit d'un phlegmon de la loge thyro-épiglottique, on che-

mine à travers des tissus oedématiés, parfois lardacés, qui représentent plutôt une confusion complète des plans anatomiques que leur succession exacte.

Cette incision sus-hyoïdienne, bien réglée par DELORIE, donne la possibilité de brancher sur ses extrémités les incisions latérales préconisées par cet auteur ; ces incisions par leur direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors, permettent d'explorer, s'il y a lieu, les fusées purulentes sous-maxillaires.

Chacune de ces deux voies d'accès a ses indications bien précises.

Au phlegmon typique, nettement circonscrit, convient la voie d'accès sous-hyoïdienne ; celle-ci draine la collection à son point déclive, très gros avantage. L'expérience a montré qu'elle constitue un excellent mode de traitement.

Si le cas est très évolué, se compliquant de fusées purulentes sous-maxillaires, ou bien, si le phlegmon est de type gangréneux, la voie sus-hyoïdienne paraît indiquée. Elle permet, non seulement d'atteindre le berceau de l'inflammation, mais aussi de poursuivre les fusées purulentes éventuelles. Dans ce cas, il y a lieu d'intervenir largement, comme s'il s'agissait d'une véritable angine de Ludwig.

Quel instrument utiliser ? Bistouri ? Bistouri disthermique ? Galvanocautère ? Les deux premiers paraissent, en règle générale, les plus indiqués. Il faut n'avoir recours au galvanocautère que dans la seule forme gangréneuse, diffuse, ayant envahi la partie postérieure du plancher buccal.

Doit-on proposer un traitement d'urgence du phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique ? Evidemment oui, si l'affection a une marche foudroyante, ou bien, si une très forte dyspnée constitue un des premiers symptômes inquiétants. Dans ce cas, la trachéotomie haute ou inter-crico-thyroïdienne paraît indiquée.

Dans la très grande majorité des cas, l'affection évolue d'une façon moins dramatique et nous estimons que le meilleur traitement d'urgence est l'incision large du phlegmon.

Inutile de le souligner, la thérapeutique anti-infectieuse et la thérapeutique générale ne doivent être, en aucun cas, perdues de vue. Dans les formes diffuses, de type gangréneux, on aura recours à la sérothérapie antigangréneuse classique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1893 — BROUSSES et BRAULT : Sur une variété incomplètement décrite de phlegmon du cou. Phlegmon grave de la loge glosso-thyro-épiglottique (*Revue de Chirurgie*, p. 99).
- 1893 — DUDEFOY : Etude sur le phlegmon infectieux pharyngo-laryngé (*Thèse de Paris*).
- 1897 — DAIBEAUX : De l'abcès rétro-lingual (*Thèse de Lyon*).
- 1898 — ZWILLINGER : Kyste de la bourse séreuse prétyroïdienne (*Société d'otl. et de lar. de Budapest*).
- 1901 — BRISSAUD : De l'édénite des ganglions pré-laryngée. (*Thèse de Paris*).
- 1907 — POIRIER et PICQUE : Anatomie chirurgicale de la région hyo-thyro-épiglottique (*Revue de Chirurgie*).
- 1927 — CONSTANTIN : Phlegmon glosso-épiglottique opéré par les voies naturelles. Guéricou (*Congrès d'O.R.L.*)
- 1929 — Remy NERIS : Le tractur thyreo-glosse (*Thèse de Paris*).
- 1931 — BRETON : Considérations sur les tumeurs de la loge hyo-thyro-épiglottique (*Thèse de Paris*).
- 1933 — VIELA : Un cas de phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique (*Toulouse Médical*, p. 816).

- 1933 — WORMS et DEBURGE : Cellulite septique de la loge glosso-thyro-épiglottique (*Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*).
- 1935 — NICHET — A propos d'un phlegmon circonscrit de la loge hyo-thyro-épiglottique. (*Société des Sc. méd. de Montpellier, et du Languedoc*, 31 Mai).
- 1938 — COLLET : Adénopathias du ganglion de Poirier (*Annales d'O. R. L.* p. 576).
- 1942 — FABRE : Les réactions pathologiques des formations ganglionnaires pré-laryngées (*Revue de Laryngologie*, p. 1).
-

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

*Le phlegmon de la loge Thyro-Hyo
Epiglottique*

par M. Fernand DUPUY.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier le 9 mars 1944,

Le Professeur,
TERRACOL.

Vu :

Montpellier, le 9 mars 1944,

Le Doyen,
G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 9 mars 1944,

Le Recteur,
BOUSSAGOL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I ^{er}	9
Observation	9
Chapitre II	11
Anatomie	11
Forme	11
Capacité	12
Limites	13
Contenu	18
Rapports extrinsèques	20
Les points faibles	20
Interprétation de la loge	22
Vaisseaux et nerfs	23
Chapitre III	25
Clinique	25
Forme purulente circonscrite	25
Forme diffuse	31
Chapitre IV	33
Le diagnostic	33
Abscess basiques	33
Amygdalite linguale phlegmoneuse Epiglottite	34
Tumeurs de la loge hypothyro epiglottite	35
Angine de Ludwig	35
Adénopathie tuberculeuse pré-laryngée	36
Kystes du tractus thyroïdienne	36
Chapitre V	37
Le traitement	37
Médical	37
Chirurgical	38
Bibliographie	43

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque
